



CASO DEL MES SEICAT

**Autores Teresa Domínguez Cejas
Inmaculada Herráez Ortega**

Servicio: Radiodiagnóstico

Hospital: Complejo Asistencial Universitario de León



PRESENTACIÓN

Paciente varón, de 81 años.

- Antecedentes personales: Exfumador, HTA de larga evolución, DM tipo 2, FA crónica anticoagulada. Cardiopatía isquémica con disfunción ventricular izquierda revascularizada en 2009. Enfermedad renal crónica. Adenocarcinoma de próstata en seguimiento. Fue carpintero de profesión.
- Enfermedad actual: Cuadro de 15 días de evolución de disnea progresiva, tos con expectoración mucosa, edemas y desorientación. En los últimos meses astenia progresiva.

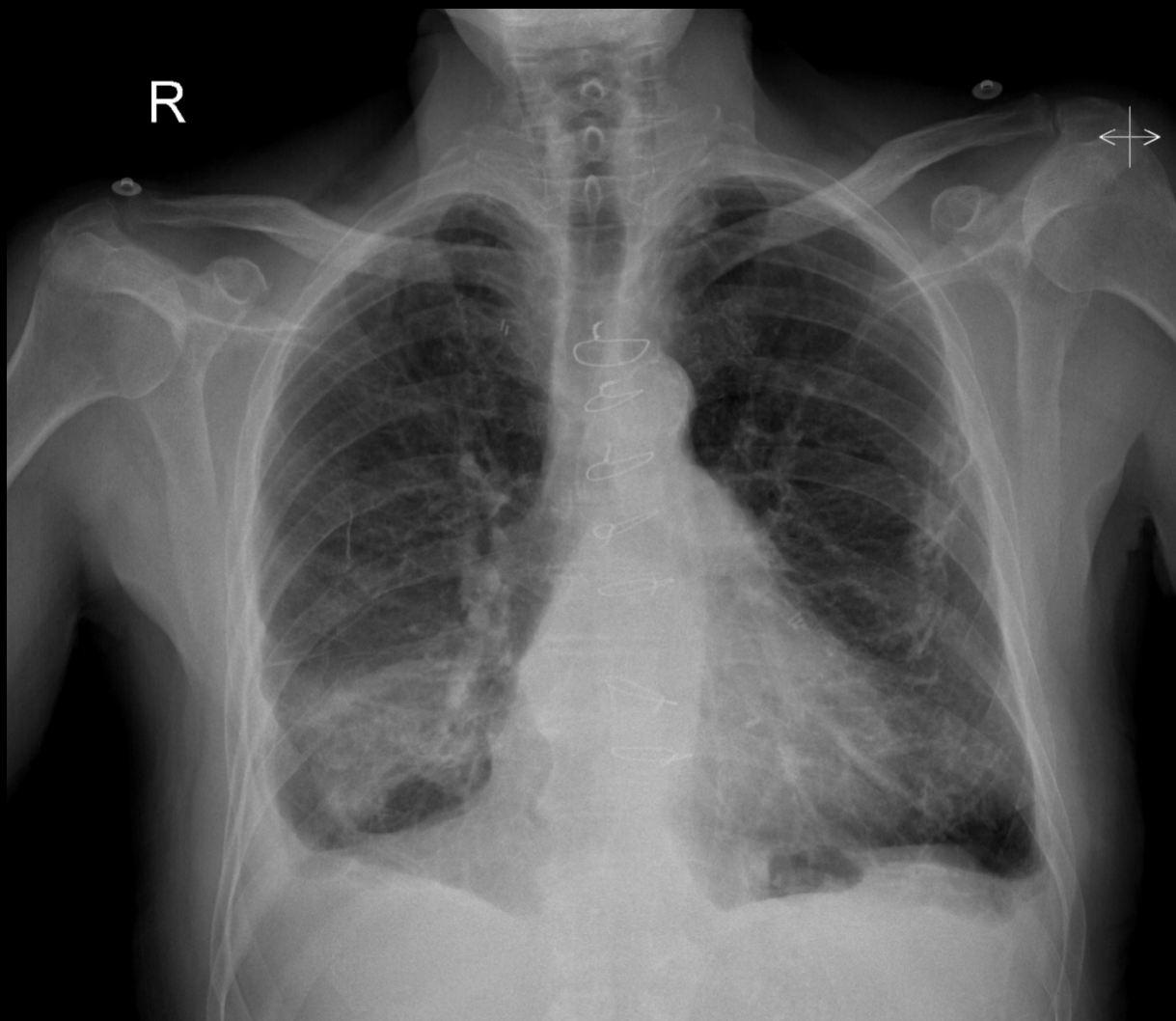


Figura 1: Rx tórax PA



Figura 2: Rx torax lateral

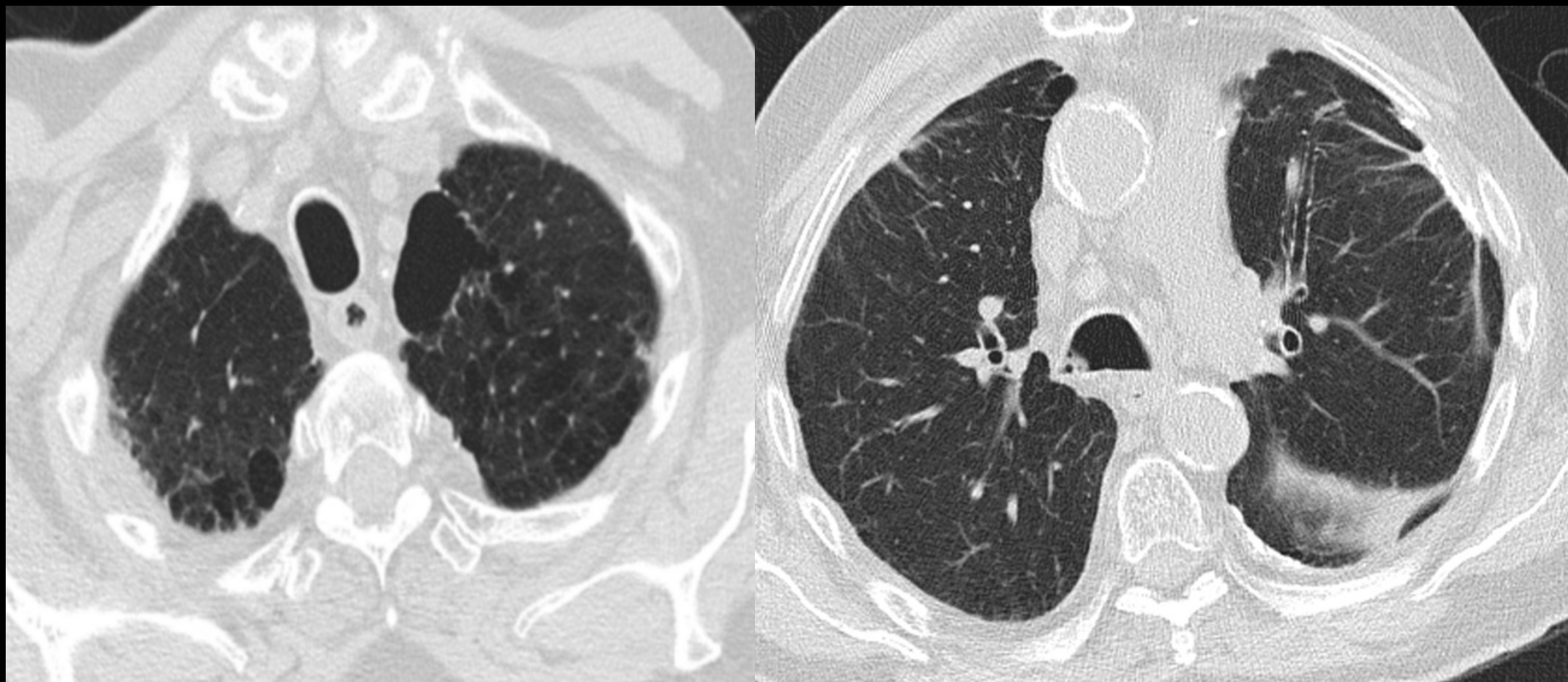


Figura 3: TC helicoidal multicorte de tórax sin CIV, ventana de pulmón.

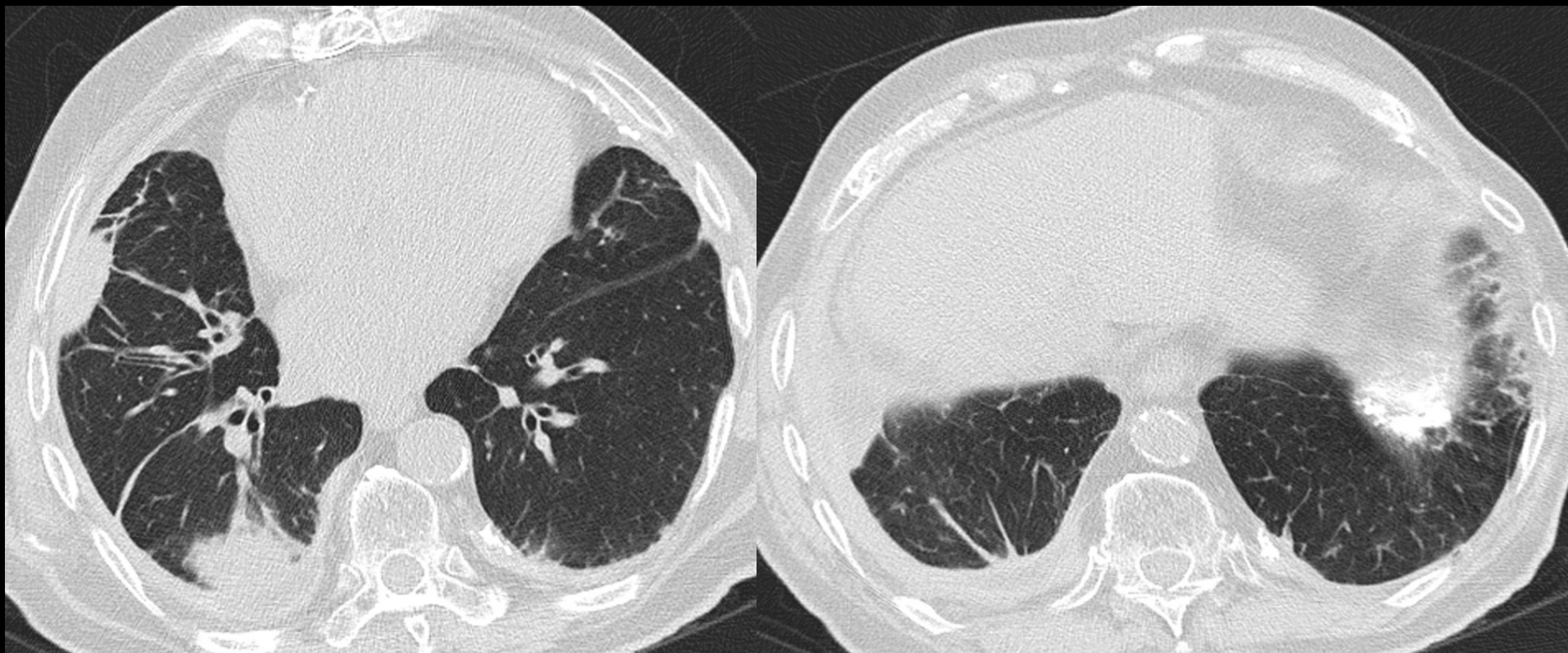


Figura 4: TC helicoidal multicorte de tórax sin CIV, ventana de pulmón, a nivel más basal.

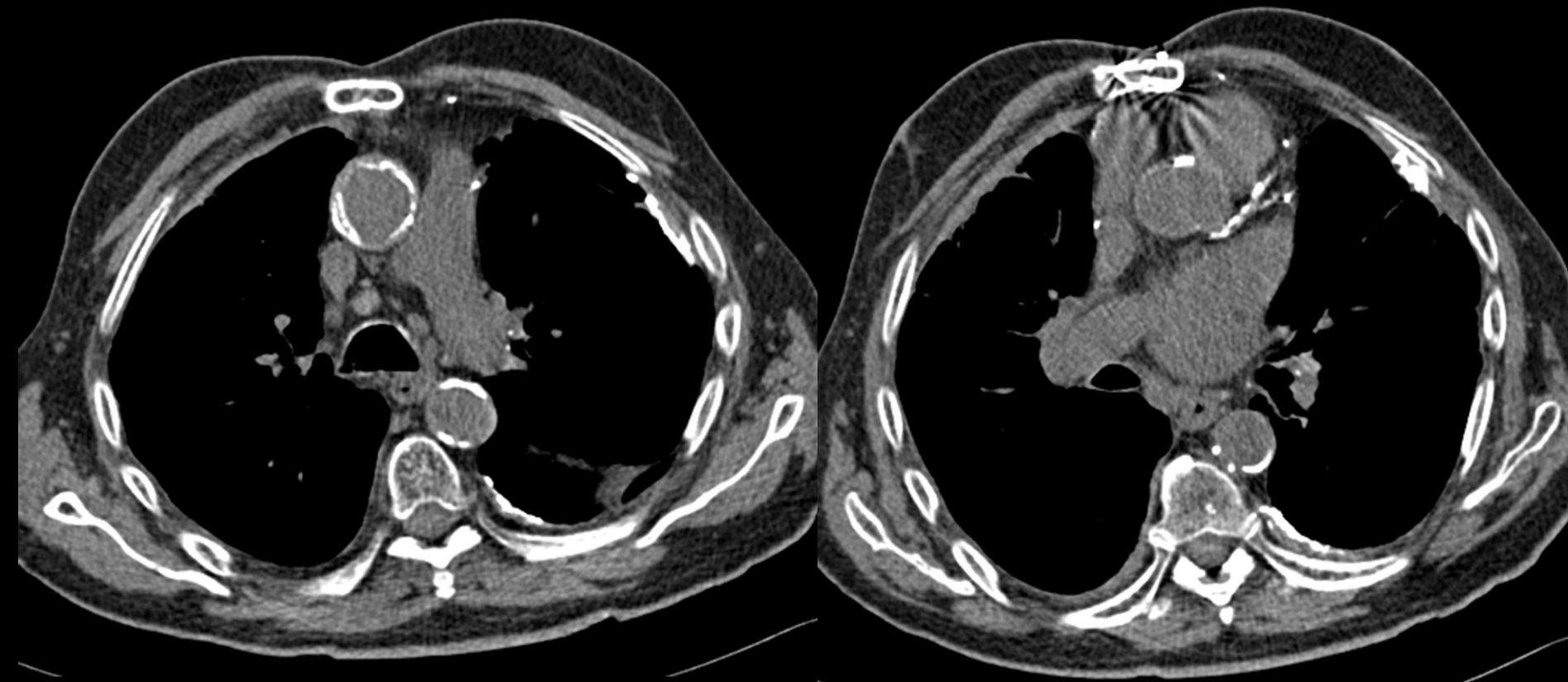


Figura 5: TC helicoidal multicorte de tórax sin CIV, ventana de mediastino.

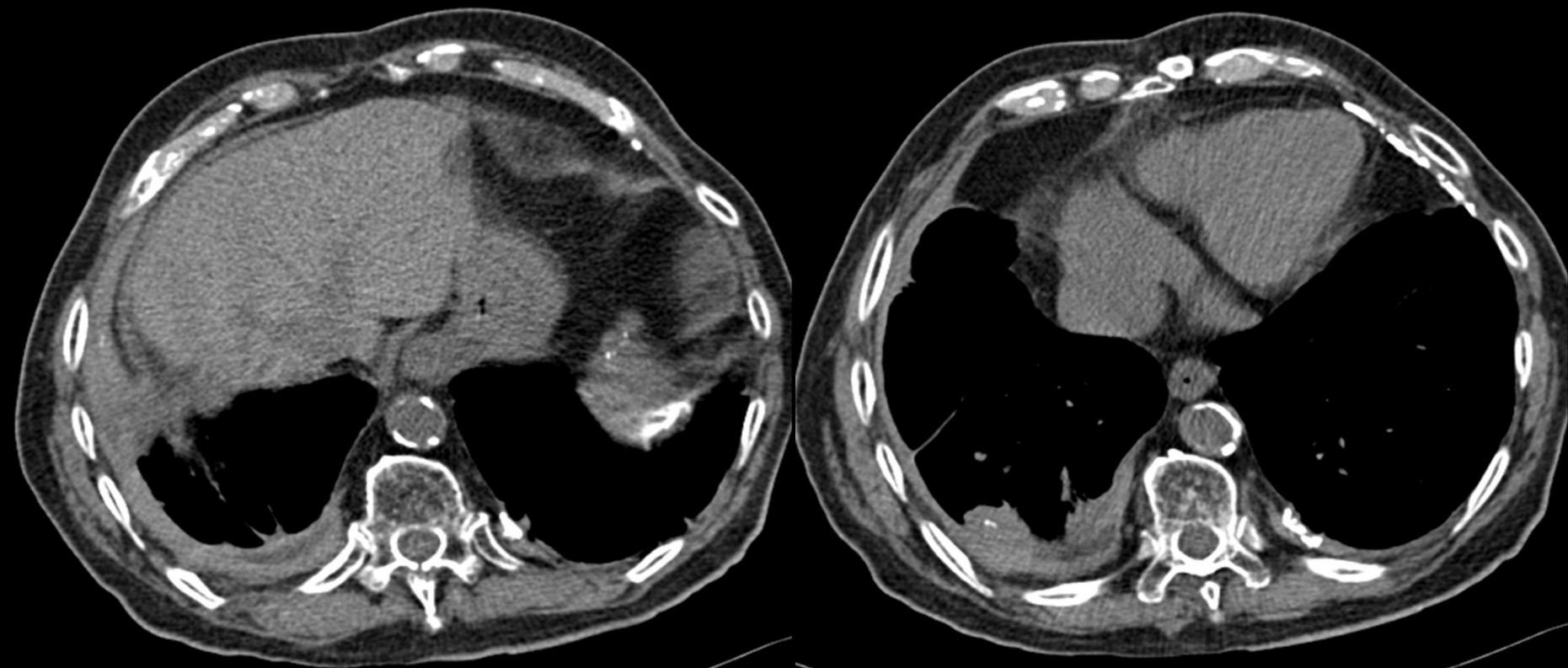


Figura 6: TC helicoidal multicorte de tórax sin CIV, ventana de mediastino, a nivel más basal.



DIAGNÓSTICO FINAL

Si es Vd. socio de la SEICAT puede enviar su diagnóstico desde el apartado **Enviar Diagnóstico** que aparece en la Web

- El tratamiento de los diagnósticos emitidos será **confidencial**.
- Los diagnósticos serán revisados por el Vocal de Formación de la SEICAT, quien no conocerá la identidad de los remitentes.
- Únicamente se publicarán en la Web los nombres de los acertantes del diagnóstico.



LECTURA RADIOLOGICA 1

RX de tórax PA y LAT (figuras 1 y 2) :

- Aumento de densidad de morfología redondeada y contorno definido en LID.
- Borrosidad inespecífica de la trama broncovascular.
- Opacidades lineales en banda más llamativas en el segmento anterior del LSI.
- Índice cardiotorácico aumentado con signos de crecimiento de cavidades izquierdas.
- Sutura de esternotomía media.
- Pequeño derrame pleural derecho y pinzamiento de ambos senos costofrénicos.
- Calcificaciones en ambas pleuras diafragmáticas.



• LECTURA RADIOLÓGICA 2

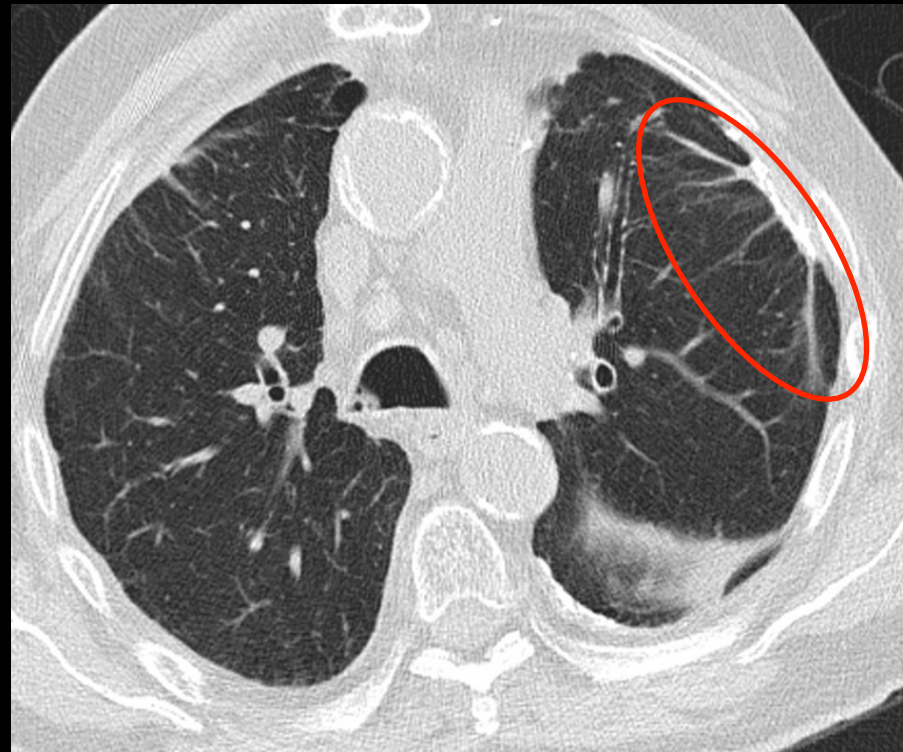


Figura 3: TC helicoidal multicorte de tórax sin CIV, ventana de pulmón. Enfisema paraseptal y centrolobulillar de predominio en vértices pulmonares. Bandas parenquimatosas bilaterales, algunas con el signo de la “pata de cuervo” (óvalo). Pequeño derrame en la parte alta de la cisura mayor izquierda.



• LECTURA RADIOLÓGICA 3

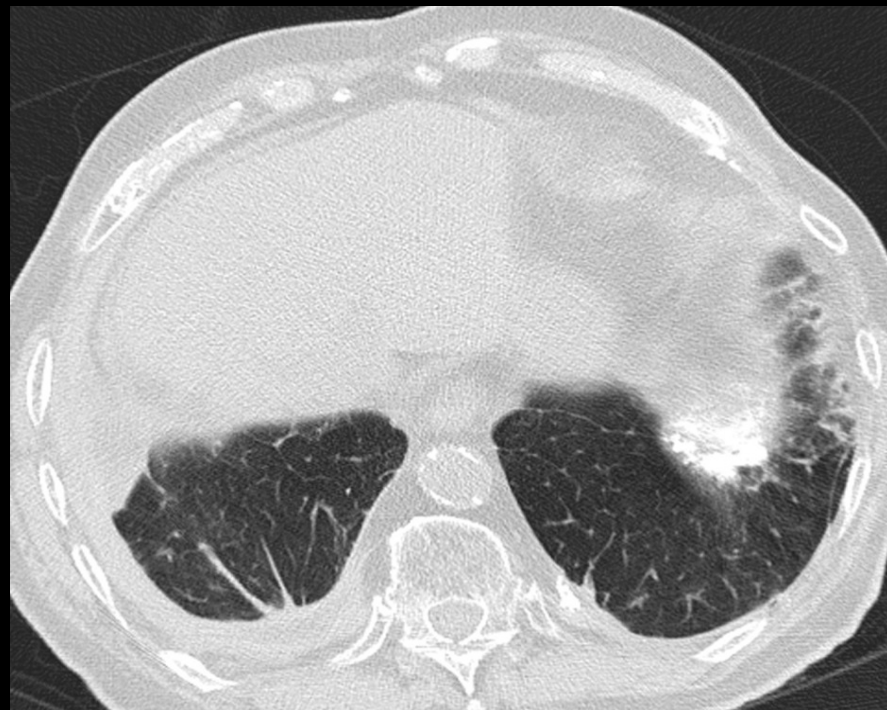
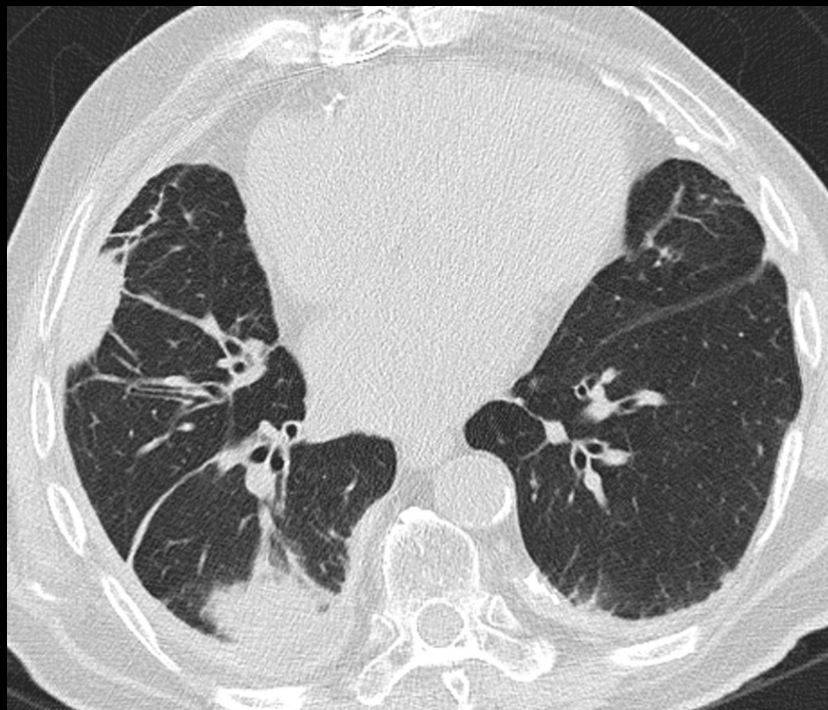


Figura 4: TC helicoidal multicorte de tórax sin CIV, ventana de pulmón a nivel más basal. Atelectasias redondas en LM y LID, ésta última asocia derrame y engrosamiento pleural. Se siguen identificando bandas parenquimatosas bilaterales y alguna línea subpleural que tienden a converger hacia las áreas de afectación pleural. Engrosamiento cisural derecho. Patrón reticular periférico subpleural en LII.



• LECTURA RADIOLÓGICA 4

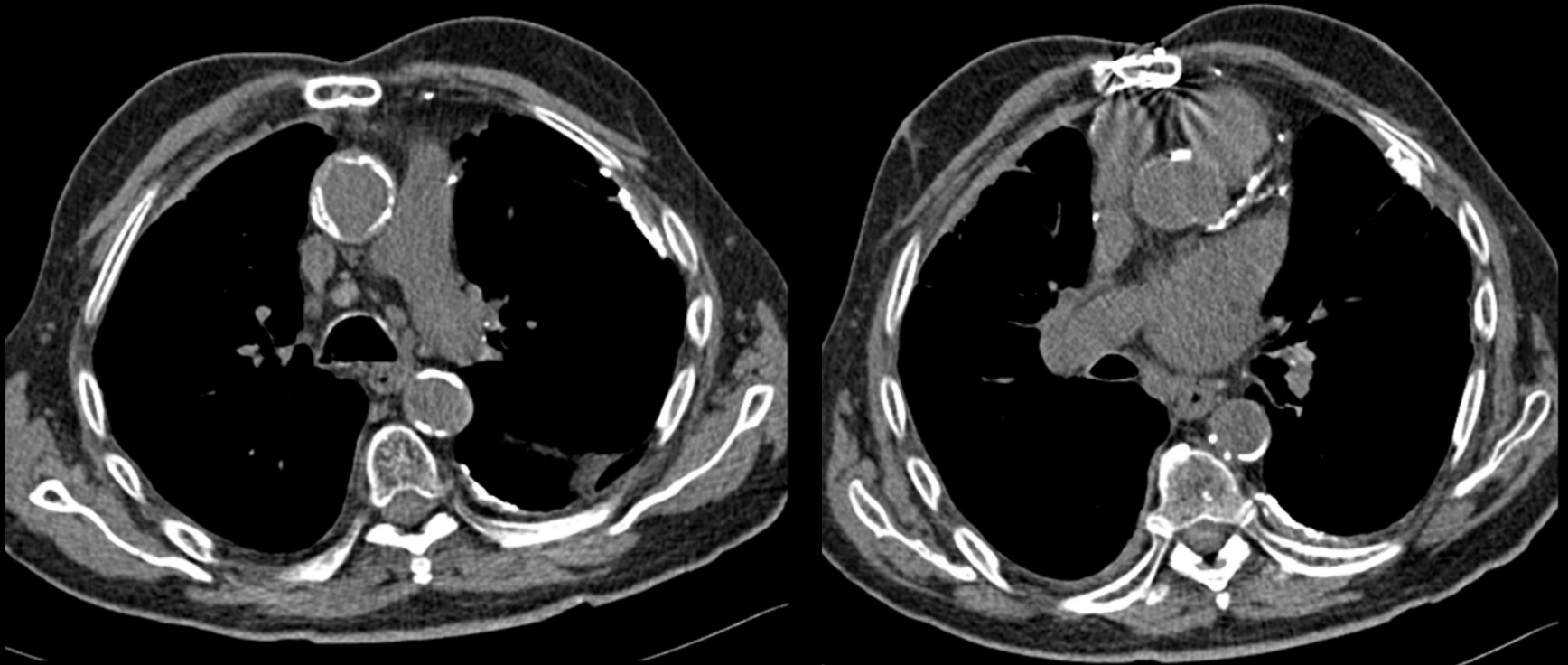


Figura 5: TC helicoidal multicorte de tórax sin CIV, ventana de mediastino. Pequeñas adenopatías mediastínicas e hiliares, algunas parcialmente calcificadas. Engrosamiento y calcificaciones pleurales en hemitórax izquierdo. Ateromatosis aórtica y coronaria calcificada.



• LECTURA RADIOLÓGICA 5

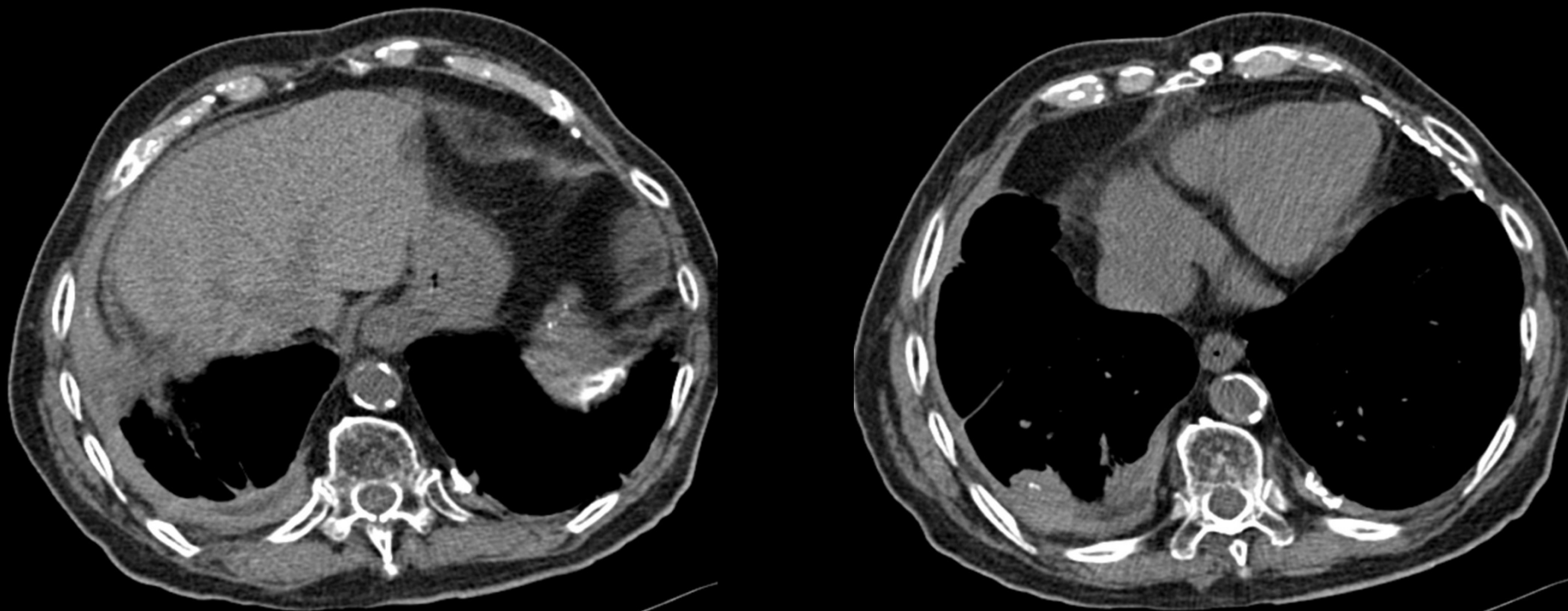


Figura 6: TC helicoidal multicorte de tórax sin CIV, ventana de mediastino a nivel más basal. Engrosamientos y calcificaciones pleurales en hemitórax izquierdo, con calcificación de la pleura diafragmática. Pequeño derrame pleural derecho encapsulado asociado a engrosamiento pleural que también afecta la pleura diafragmática. Pequeña calcificación en la atelectasia redonda del LID.



DISCUSIÓN

La atelectasia redonda aparece habitualmente en pacientes con enfermedad pleural en forma de masa periférica con desplazamiento y convergencia de las estructuras broncovasculares (signo de la “cola de cometa”). Conviene establecer un diagnóstico diferencial con:

1. El carcinoma broncogénico: ausencia del signo de cola de cometa.
2. Mesotelioma maligno: puede coexistir con la atelectasia. Se debe sospechar si hay un engrosamiento pleural circunferencial, que afecte a la pleura mediastínica o mayor de 1 cm de grosor.
3. Neumonía o infarto pulmonar: es fundamental correlacionar con la clínica y antecedentes del paciente. Tampoco se asocia al signo de cola de cometa.



DISCUSIÓN

Las bandas parenquimatosas y las líneas subpleurales (característicamente perpendiculares y paralelas a la pared torácica respectivamente) suelen presentar una localización periférica en campos pulmonares inferiores por efecto gravitatorio:

1. En la neumonía eosinófila crónica. Suelen ser frecuentes, aunque con una localización típica en lóbulos superiores.
2. En la asbestosis temprana. Se deben al depósito de fibras de amianto en la pequeña vía aérea. También hay opacidades reticulares finas inter e intralobulillares. Siguen una distribución peribronquiolar por este motivo.
3. La esclerodermia también presenta líneas subpleurales, así como engrosamientos pleurales y se suele asociar a dilatación esofágica.



DISCUSIÓN

En cuanto a las causas de engrosamiento pleural, cabe destacar:

1. Benignas, puede ser un engrosamiento focal o difuso: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, asbestosis (típicamente en forma de placas calcificadas con afectación de la pleura diafragmática), hemotórax, drogas o secundario a radiación.
3. Malignas: la pleura puede adquirir un contorno nodular, asociando hipercaptación pleural y derrame. Se incluyen dentro de esta categoría el mesotelioma, las metástasis, el linfoma o el mieloma múltiple.



DISCUSIÓN

Los hallazgos objetivados en nuestro caso (atelectasia redonda, placas pleurales calcificadas con afectación de la pleura diafragmática, bandas parenquimatosas y líneas subpleurales) son compatibles con enfermedad pleural y pulmonar por asbesto como primera posibilidad diagnóstica.

Se revisa la historia clínica del paciente y se comprueba el antecedente de exposición al amianto (trabajó además de en carpintería, en la construcción y metalurgia ocasionalmente durante varios años).

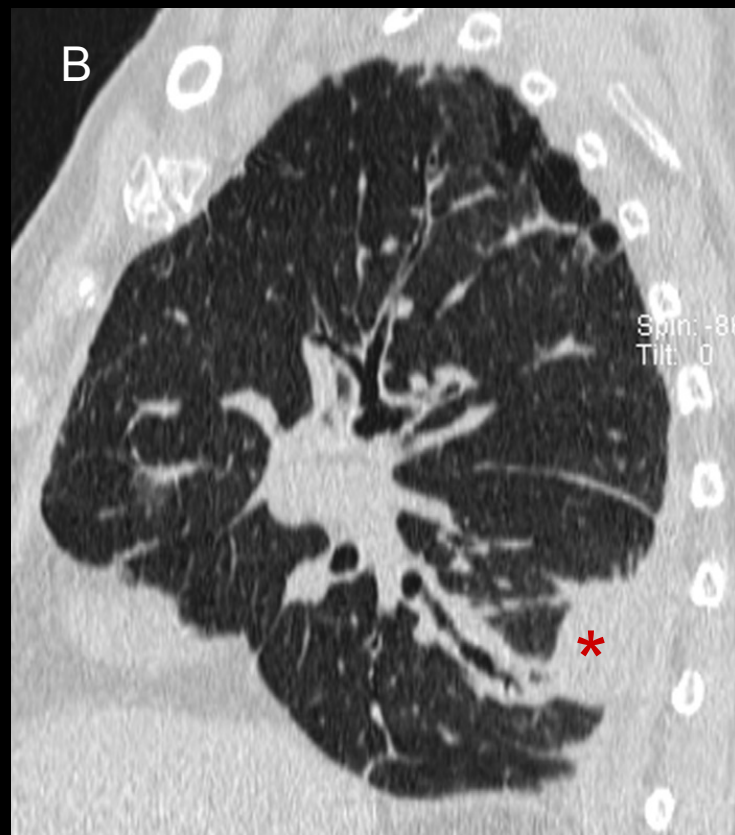
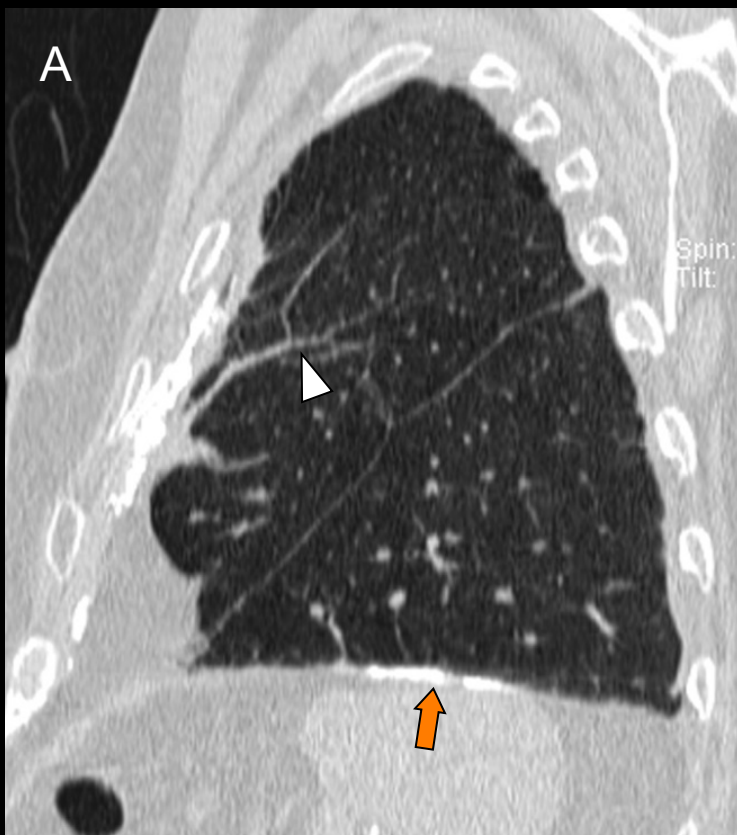


DIAGNÓSTICO FINAL

Enfermedad pleural y pulmonar por asbesto.



IMAGEN COMPLEMENTARIA 1



TC helicoidal multicorte de tórax sin CIV. Reconstrucciones MPR en plano sagital. Calcificación pleural diafragmática (flecha en A), bandas parenquimatosas y líneas subpleurales (punta de flecha en A). Atelectasia redonda (asterisco en B), engrosamiento y derrame pleural.



DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD

- La asbestosis es una neumopatía intersticial fibrótica condicionada por inhalación de fibras de amianto.
- Estas fibras pueden ser de dos tipos: serpentinas (el crisolito supone el 90% del amianto comercial) o anfíboles; es utilizado sobre todo en la construcción y en materiales de aislamiento.
- Hay una elevada relación dosis-respuesta.
- Tiene un periodo de latencia de 15 años o más desde la primera exposición hasta el diagnóstico.
- En pacientes fumadores expuestos, existe una elevada probabilidad de desarrollar cáncer de pulmón.



DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD

- El síntoma principal de la asbestosis es la disnea de esfuerzo, aunque también puede manifestarse con tos seca, astenia y crepitantes a la auscultación.
- Se pueden producir alteraciones de la pleura, del parénquima o de ambos.



DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD

Enfermedad pleural por asbesto

- Derrame pleural. Puede ser libre o encapsulado.
- Placas pleurales: lo más frecuente. Respetan vértices y senos costofrénicos. Pueden estar o no calcificadas. La afectación de la pleura diafragmática se considera indicador de exposición a asbesto.



DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD

Enfermedad pulmonar por asbesto

La afectación predomina en los campos pulmonares inferiores con una distribución sobre todo periférica subpleural y peribronquiolar por afectación de la pequeña vía aérea en estados iniciales.

- Atelectasias redondas, adyacentes a áreas de engrosamiento y derrame pleural. Se asocian a incurvación de la trama broncovascular.
- Bandas parenquimatosas y líneas subpleurales, perpendiculares y paralelas a la pared torácica respectivamente. Tienen a converger hacia las áreas de engrosamiento pleural.



DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD

Enfermedad pulmonar por asbesto

- Nodulillos y opacidades centrolobulillares ramificadas y peribronquiolares (patrón reticulonodular en Rx), o menos frecuentemente patrón de atenuación en mosaico, por afectación de la pequeña vía aérea.
- Patrón reticular y bronquiectasias de tracción en la enfermedad avanzada.



DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD

- La radiografía de tórax puede ser normal hasta en un 20% de los casos, no obstante las manifestaciones pleurales pueden sugerir el diagnóstico.
- La TC helicoidal multicorte se convierte en la técnica de elección tanto para el diagnóstico como para valorar la extensión y controlar la evolución de la enfermedad.



INTERÉS DOCENTE

- Las placas pleurales calcificadas con afectación de la pleura diafragmática son patognomónicas de la enfermedad pleural por exposición al asbesto, por lo que esta entidad puede diagnosticarse mediante Rx de tórax.
- No toda masa pulmonar es atelectasia redonda en un paciente con asbestosis.



BIBLIOGRAFÍA

1. Champlin J, Edwards R, Pipavath S. “Imaging of Occupational Lung Disease”. *Radiol Clin North Am.* 2016;54:1077-96.
2. Kim Y, Myong JP, Lee JK, Kim JS, Kim YK, Jung SH. “CT Characteristics of Pleural Plaques Related to Occupational or Environmental Asbestos Exposure from South Korean Asbestos Mines”. *Korean J Radiol.* 2015;16:1142-52.
3. Paireon JC, Andujar P, Rinaldo M, Ameille J, Brochard P, Chamming's S, et al.” Asbestos exposure, pleural plaques, and the risk of death from lung cancer”. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014;190:1413-20.